

Client Name / ID: _____

Identificación (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

HMIS consent? No (refused) Signed Consent Form

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre (Opcional) _____

Apellido: _____ Sufijo (Opcional): _____

Calidad de datos del Nombre: ¿El cliente presentó su nombre completo?	Descripción Física (Opcional):	Última dirección conocida: ¿Dónde ha vivido en los últimos 90 días o más? (Sin incluir Refugios de Emergencia y Vivienda Temporal)
<input type="checkbox"/> Nombre completo reportado <input type="checkbox"/> Nombre parcial, nombre de calle, o código de nombre reportado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado		Dirección: _____ Ciudad: _____ Condado: _____
Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social: (NSS)	Estado:
_____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Fecha completa reportada <input type="checkbox"/> Fecha aproximada o parcial reportada <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	_____ - _____ - _____ <input type="checkbox"/> NSS completo reportado <input type="checkbox"/> NSS aproximado o parcial reportado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	Código Postal: _____ Calidad de datos de la dirección: <input type="checkbox"/> Dirección completa reportada <input type="checkbox"/> Dirección incompleta o estimada reportada <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

Información de Contacto (Opcional)

Número Telefónico	Tipo de Teléfono	Preferencia de Contacto
Principal: (____) ____-____x____ <input type="checkbox"/> Dejar mensaje	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Teléfono Alternativo <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto <input type="checkbox"/> Correo Electrónico
Alternativo: (____) ____-____x____ <input type="checkbox"/> Dejar mensaje	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	
Correo Electrónico _____@_____	Notas _____	

Client Name / ID:

Estado de Vivienda:	Tipo de Familia:
<input type="checkbox"/> Categoría 1 - Persona sin hogar <input type="checkbox"/> Categoría 2 – En inminente riesgo de perder la vivienda (dentro de 14 días o menos) <input type="checkbox"/> Categoría 3 – Persona sin hogar solamente bajo otras leyes federales <input type="checkbox"/> Categoría 4 – Huyendo de violencia doméstica <input type="checkbox"/> Categoría 5 – En riesgo de ser persona sin hogar <input type="checkbox"/> Categoría 6 – Con vivienda estable	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado <input type="checkbox"/> Sin compañía <input type="checkbox"/> Padre Soltero <input type="checkbox"/> Dos Padres <input type="checkbox"/> Adultos Sin Niños

Relación (con la cabeza de hogar)	Género:
<input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Hijo/hija de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Esposo/a o compañero/a de la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otra relación con la cabeza de hogar <input type="checkbox"/> Otro: Miembro sin relación	<input type="checkbox"/> Maculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Transgénero Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> No se identifica como masculino, femenino, o transgénero <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

Discapacitado (Física, de desarrollo, de salud mental, condición crónica de salud, VIH/SIDA, y/o desorden de abuso de sustancias)	Veterano ¿Alguna vez ha prestado servicio militar estadounidense?	Nivel de Educación ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehús <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	<input type="checkbox"/> Menos que 5 grado <input type="checkbox"/> Grados 5-6 <input type="checkbox"/> Grados 7-8 <input type="checkbox"/> Grados 9-11 <input type="checkbox"/> Grados 12/Diploma de HS <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> El programa escolar no tiene grados <input type="checkbox"/> Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado de Profesional <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Certificación Vocacional <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

Etnia	Raza (Seleccione todos los que apliquen)
<input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado

Client Name / ID: _____

Ingreso y Seguro (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Fuente de Ingreso (Seleccione todos los que apliquen):	Ingresos Declarados:	Intervalo de Pago					
		Semanal	Cada dos semanas	Dos veces al mes	Mensual	Trimestral	Anual
<input type="checkbox"/> Sin recursos financieros							
<input type="checkbox"/> Ingresos Obtenidos (<i>sueldos salariales / efectivo</i>)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguro de Desempleo	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Compensación por discapacidad relacionada con el servicio de VA	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad Privado	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (<i>CalWORKs</i>)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Asistencia General (GA) (<i>Alivio General (GR)</i>)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Ingreso de Jubilación del Seguro Social	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Pensión o Ingreso de Jubilación de un antiguo empleo	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Manutención Conyugal	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Otra Fuente (Especifique: _____)	\$	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> Cliente no sabe							
<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa							
<input type="checkbox"/> Dato no recolectado							

Documentación de Ingresos (Opcional):	Comentarios (Opcional):
<input type="checkbox"/> Formulario de GR	
<input type="checkbox"/> Formulario de CalWORKS	
<input type="checkbox"/> Carta/Recibo de Pensión	
<input type="checkbox"/> Recibo de Salario	
<input type="checkbox"/> Formulario de Seguro de Desempleo	
<input type="checkbox"/> Formulario de Desempleo	
<input type="checkbox"/> Auto Declaración	
<input type="checkbox"/> Asistencia de Servicios Públicos	
<input type="checkbox"/> Formulario W-2	
<input type="checkbox"/> Auto Declaración	
<input type="checkbox"/> Formulario de Manutención infantil	
<input type="checkbox"/> Formulario SSDI	
<input type="checkbox"/> Carta del Empleador	
<input type="checkbox"/> Carta del Empleador	
<input type="checkbox"/> Formulario de Seguridad Social	
<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajador	
<input type="checkbox"/> Documentación de VA	
<input type="checkbox"/> Formulario de SSI	
<input type="checkbox"/> Documentación de Autoempleo	

Beneficios no Monetarios (Seleccione todos los que apliquen):

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Cliente no sabe | <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa | <input type="checkbox"/> Dato no recolectado por CalWorks |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida (CalFresh) | <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil de CalWorks | |
| Cantidad: _____ | | <input type="checkbox"/> Transporte de CalWorks | |
| | | <input type="checkbox"/> Otros servicios financiados | |

- Asistencia de Arriendo Temporal
- Sección 8 o Asistencia de Arriendo
- Otro: _____

- Programa para Personas con Necesidades Médicas
Cantidad: _____

Client Name / ID: _____

Seguro Médico (Seleccione todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Sin Seguro Medico	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> MediCal	<input type="checkbox"/> MEDICARE	<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Infantil	<input type="checkbox"/> Servicios Médicos de VA
<input type="checkbox"/> Prestado por el Empleador	<input type="checkbox"/> Seguro COBRA	Estatal	<input type="checkbox"/> Programa de Servicio de Salud Indígena
<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Seguro Medico Privado	

Nota del Cliente (Opcional)

Nota del Cliente:	
Tipo: <input type="checkbox"/> Información <input type="checkbox"/> Alerta	
Cliente Privado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha de la nota: ___/___/___	

Información de Contacto de Emergencia (Opcional)

Tipo de Contacto	Número Telefónico	Tipo de Teléfono	Correo Electrónico
Contacto Alterno (¿Quién es la mejor persona que puede contactarse con usted?) Relación: _____ Primer Nombre: _____ Apellido: _____	() - x	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes	
Emergencia (En caso de emergencia, ¿A quién debemos avisar?) <input type="checkbox"/> Igual que el anterior Relación: _____ Primer Nombre: _____ Apellido: _____	() - x	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Centro de Mensajes	

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

Entrada de Programa (Todos los campos son requeridos a menos que se indique lo contrario)

Nombre del Programa: _____

Fecha de Entrada al Programa: ____ / ____ / ____

Administrador del Caso: _____

Preguntas de Situación de Vivienda para proyectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

1. Tipo de Residencia	
<u>SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE HOGAR</u>	
<input type="checkbox"/> Lugar no apto para residencia humana	<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia	<input type="checkbox"/> Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar
<input type="checkbox"/> Refugio Seguro	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
<input type="checkbox"/> Vivienda <i>Interim</i> (vivienda provisional)	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH
<u>SITUACIÓN INSTITUCIONAL</u>	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
<input type="checkbox"/> Hogar de crianza temporal	<input type="checkbox"/> Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio (no VASH)
<input type="checkbox"/> Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil	<input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
<input type="checkbox"/> Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores	<input type="checkbox"/> Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo
<input type="checkbox"/> Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Vivienda temporal para personas sin hogar
<input type="checkbox"/> Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Otro
<u>SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL Y PERMANENTE</u>	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Hotel o motel pagado sin un cupón de refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

2. Duración de Estancia en la Situación de Vivienda Previa		
<input type="checkbox"/> Una noche o menos	<input type="checkbox"/> Un mes o más, pero menos que 90 días	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> De dos a seis noches	<input type="checkbox"/> 90 días o más, pero menos que un año	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Una semana o más, pero menos que un mes	<input type="checkbox"/> Un año o más	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

Proceda a la Pregunta 5 ->

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

Preguntas de Situación de Vivienda para todos los Tipos de Proyectos excluyendo Proyectos de Refugio de Emergencia, Refugio Seguro, o Alcance para Personas de la Calle

1. Tipo de Residencia

SITUACIÓN DE PÉRDIDA DE HOGAR

- Lugar no apto para residencia humana
- Refugio de Emergencia
- Refugio Seguro
- Vivienda *Interim*

SITUACIÓN INSTITUCIONAL

- Hogar de crianza temporal
- Hospital u otro centro médico residencial no psiquiátrico
- Cárcel, prisión, o centro de detención juvenil
- Centro de cuidado de largo plazo o residencia para adultos mayores
- Hospital psiquiátrico u otro centro psiquiátrico
- Centro de desintoxicación o tratamiento de abuso de sustancias

SITUACIÓN DE VIVIENDA PERMANENTE Y TEMPORAL

- Hotel o motel pagado sin un cupón de refugio de emergencia
- Propiedad del cliente, sin subsidio de vivienda
- Propiedad del cliente, con subsidio de vivienda
- Vivienda permanente para personas que antes no tenían hogar
- Arrendado por el cliente, sin subsidio de vivienda
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de VASH
- Arrendado por el cliente, con subsidio de vivienda de GPD TIP
- Arrendado por el cliente, con algún otro subsidio (no VASH)
- Proyecto residencial sin criterio para personas sin hogar
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un miembro de la familia
- Viviendo u hospedándose en la habitación, apartamento o casa de un amigo
- Vivienda temporal para personas sin hogar
- Otro
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

3. Duración de Estancia en la Vivienda Previa

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

- Una noche o menos
- De dos a seis noches
- Una semana o más, pero menos que un mes
- Un mes o más, pero menos que 90 días
- 90 días o más, pero menos que un año
- Un año o más
- Cliente no sabe
- Cliente se rehúsa
- Dato no recolectado

2a. ¿Su estancia fue menor que 90 días?

- No
- Si

2b. ¿Su estancia fue menor que 7 noches?

- No
- Si

Proceda a la Pregunta 5

Proceda a la Pregunta 4

Proceda a la Pregunta 8

Proceda a la Pregunta 4

Proceda a la Pregunta 8

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

4. ¿La noche anterior a su situación de vivienda actual la pasó en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro?	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

5. Fecha aproximada de inicio
____/____/____

6. Número de veces que el cliente ha estado en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años incluyendo hoy		
<input type="checkbox"/> Nunca en tres años	<input type="checkbox"/> Tres veces	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> Una vez	<input type="checkbox"/> Cuatro veces o más	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> Dos veces		<input type="checkbox"/> Dato no recolectado

7. Número total de meses que ha estado sin hogar en la calle, un Refugio de Emergencia, o Refugio Seguro en los últimos tres años		
<input type="checkbox"/> Un mes (esta vez es el primer mes)	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 12
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> Más que 12 meses
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> Dato no recolectado
<input type="checkbox"/> 6		

PÉRDIDA DE HOGAR -Para adultos mayores de 18 años o cabeza de hogar < 18 años. Las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione una Respuesta	Comentarios
8. ¿En qué ciudad estaba residiendo inmediatamente antes de entrar a este proyecto?	<input type="checkbox"/> Aliso Viejo <input type="checkbox"/> Irvine <input type="checkbox"/> Anaheim <input type="checkbox"/> La Habra <input type="checkbox"/> Atwood <input type="checkbox"/> La Palma <input type="checkbox"/> Balboa <input type="checkbox"/> Laguna Beach <input type="checkbox"/> Brea <input type="checkbox"/> Laguna Hills <input type="checkbox"/> Buena Park <input type="checkbox"/> Laguna Niguel <input type="checkbox"/> Capistrano Beach <input type="checkbox"/> Laguna Woods <input type="checkbox"/> Corona del Mar <input type="checkbox"/> Lake Forest <input type="checkbox"/> Costa Mesa <input type="checkbox"/> Las Flores <input type="checkbox"/> Coto de Caza <input type="checkbox"/> Lemon Heights <input type="checkbox"/> Cypress <input type="checkbox"/> Los Alamitos <input type="checkbox"/> Dana Point <input type="checkbox"/> Midway City <input type="checkbox"/> El Modena <input type="checkbox"/> Mission Viejo <input type="checkbox"/> Fountain Valley <input type="checkbox"/> Newport Beach <input type="checkbox"/> Fullerton <input type="checkbox"/> Orange <input type="checkbox"/> Garden Grove <input type="checkbox"/> Placentia <input type="checkbox"/> Huntington Beach <input type="checkbox"/> Rancho Santa Margarita	<input type="checkbox"/> San Clemente <input type="checkbox"/> San Juan Capistrano <input type="checkbox"/> Santa Ana <input type="checkbox"/> Seal Beach <input type="checkbox"/> Stanton <input type="checkbox"/> Sunset Beach <input type="checkbox"/> Tustin <input type="checkbox"/> Villa Park <input type="checkbox"/> Westminster <input type="checkbox"/> Yorba Linda <input type="checkbox"/> Outside Orange County <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
9. ¿El cliente fue referido a este proyecto a través del Sistema Coordinado de Entrada (CES)? (Se requiere solo para proyectos de Vivienda de Apoyo Permanente (PSH), Realojamiento Rápido (RRH), y Otra Vivienda Permanente (OPH))	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

BIFNESTAR – Todos los clientes, las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione una Respuesta		Comentarios
10. ¿Ha sido diagnosticado con SIDA o es VIH positivo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
10a. ¿Se espera que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si la pregunta 10 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
10b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si la pregunta 10 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
10c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 10 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
11. ¿Tiene alguna condición de salud crónica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
11a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
11b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
11c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 11 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
12. ¿Tiene alguna discapacidad física?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
12a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
12b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
12c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 12 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
13. ¿Tiene <i>actualmente</i> algún problema de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alcohol** <input type="checkbox"/> Drogas** <input type="checkbox"/> Ambos**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
13a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

13b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo?

No

Si

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

(Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')		
13c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
13d. ¿Cómo fue confirmada la condición de abuso de sustancias? (Se requiere si pregunta 13 es 'Alcohol', 'Drogas', o 'Ambos')	<input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica	
14. ¿Alguna vez le han dicho que tiene una discapacidad de aprendizaje, o discapacidad de desarrollo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
14a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
14b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
14c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 14 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
15. ¿Siente que tiene un problema de salud mental?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si**	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
15a. ¿Se espera que sea de larga, continua e indefinida duración y que impida sustancialmente su habilidad de vivir independientemente? (Se requiere si pregunta 15 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
15b. ¿Tiene documentación de discapacidad y severidad en el archivo? (Se requiere si pregunta 15 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
15c. ¿Actualmente está recibiendo servicios o tratamiento para esta condición? (Se requiere si pregunta 15 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
15d. ¿Cómo fue confirmada la condición de salud mental? (Se requiere para PATH solo si pregunta 15 es 'Si')	<input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica	
15e. ¿El cliente tiene una enfermedad mental seria (SMI) (Se requiere para PATH solo si pregunta 15 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin confirmar; presunto o auto-reportado <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación clínica <input type="checkbox"/> Confirmado mediante evaluación previa o historia clínica <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

16. ¿Ha sido víctima de violencia doméstica o víctima de violencia de pareja?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
16a. ¿Hace cuánto tiempo tuvo esa experiencia? (Se requiere si pregunta 16 es 'Si')	<input type="checkbox"/> En los últimos tres meses <input type="checkbox"/> Hace tres a seis meses (excluyendo exactamente seis meses) <input type="checkbox"/> Hace seis a doce meses (excluyendo exactamente un año) <input type="checkbox"/> Hace más de un año <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
16b. ¿Esta actualmente huyendo? (Se requiere si pregunta 16 es 'Si')	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

EMPLEO: Para adultos mayores de 18 años o cabeza de hogar < 18 años. Las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione Una Respuesta	Comentarios
17. ¿Actualmente está empleado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
17a. ¿Por qué no está empleado? (Se requiere si pregunta 17 es 'No')	<input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> No está habilitado para trabajar <input type="checkbox"/> No está buscando trabajo	
17b. ¿Qué tipo de empleo tiene? (Se requiere si Pregunta 17 es 'Si')	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/ esporádico (incluyendo trabajo diurno)	

EMBARAZO: Solo para mujeres cabeza de hogar, mayores de 18 años, o si es joven sin compañía. Se requiere para RHY

Pregunta	Seleccione Una Respuesta	Comentarios
18. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
18a. ¿Cuál es la fecha del parto? (Se requiere si pregunta 18 es 'Si')	____/____/____	

JUVENTUD – Solo para cabeza de hogar de 17 años o menor

Pregunta	Seleccione Una Respuesta	Comentarios
19. ¿Huyo de su casa o de un hogar de crianza temporal?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa	

VETERANOS – Solo para veteranos estadounidenses. Las preguntas requeridas están sombreadas

Pregunta	Seleccione Una Respuesta	Comentarios

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

20. ¿En qué rama militar prestó su servicio?	<input type="checkbox"/> Ejército <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea <input type="checkbox"/> Marina <input type="checkbox"/> Cuerpo de	<input type="checkbox"/> Guardia Costera <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado
--	---	--

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

	Marines	
21. ¿Qué tipo de licencia recibió?	<input type="checkbox"/> Honorable <input type="checkbox"/> General bajo condiciones honorables <input type="checkbox"/> Otro diferente a honorable (OTH) <input type="checkbox"/> Mala conducta <input type="checkbox"/> Deshonroso <input type="checkbox"/> No categorizado <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
22. ¿Cuándo entró al servicio militar?	/ / <input type="checkbox"/> No sabe	
<p><i>NOTA: Las siguientes preguntas se requieren para programas SSVF, pero se recomienda completarlas para todos los veteranos</i></p>		
23. ¿Cuándo dejó el servicio militar?	/ / <input type="checkbox"/> No sabe	
24. Ingreso del hogar como porcentaje del Ingreso Medio de Área (AMI)	<input type="checkbox"/> Menos que 30% <input type="checkbox"/> De 30% a 50% <input type="checkbox"/> Mayor que 50%	
25. Puntuación de estación VAMC	_____	

¿Usted prestó servicio en cualquiera de las siguientes guerra(s)/épocas de guerra?

26. Segunda Guerra Mundial <i>Dic. 1941 – Dic. 1946</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
27. Guerra de Korea <i>Jun. 1950 – Ene. 1955</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
28. Guerra de Vietnam <i>Feb. 1961 – May. 1975</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
29. Guerra del Golfo Pérsico (Operación Tormenta del Desierto) <i>Ago. 1990 – Abr. 1991</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
30. Guerra de Afghanistan (Operación Libertad Duradera) <i>Oct. 2001 - Presente</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
31. Guerra de Iraq (Operación Libertad Iraquí) <i>Mar. 2003 – Ago. 2010</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
32. Iraq (Operación Nuevo Amanecer) <i>Sep. 2010 – Dic. 2011</i>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	
33. Otras operaciones de mantenimiento de paz, o intervenciones militares (como Líbano, Panamá, Somalia, Bosnia, Kosovo)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

HMIS Intake and Enrollment Form – PATH Funded Projects

Client Name / ID: _____

CHRONIC HOMELESSNESS - Adults aged 18 and older and Head of Household < 18 years old, required questions are shaded

Pregunta	Seleccione una Respuesta	Comentarios
<p>SOLO PARA EL PERSONAL DE LA AGENCIA – NO PREGUNTAR:</p> <p>56. Is the client chronically homeless?</p> <p><i>To be chronically homeless, the client must be a homeless individual or a Familia with an adult head of household (or if there is no adult in the Familia, a minor head of household) with a disability who lives in a place not meant for human habitation, a safe haven, or in an emergency shelter; and has been homeless continuously for at least 12 months or on at least 4 separate occasions in the last 3 years where the combined occasions equal at least 12 months</i></p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	

PATH Preguntas: Se requiere SOLO para clientes financiados por PATH

83. Se determinó que el cliente es apto para servicios financiados por PATH y ser registrado en PATH?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
83a. Si no es apto para ser registrado en PATH, ¿Cuál es la razón? (Se requiere si la pregunta 83 es 'No')	<input type="checkbox"/> El cliente no es apto para PATH <input type="checkbox"/> El cliente no fue registrado por otras razón(es)	
84. En qué fecha el cliente fue registrado, o se determinó que es apto.	/ / _____	
85. ¿El cliente tiene conexión con SOAR?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cliente no sabe <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Cliente se rehúsa <input type="checkbox"/> Dato no recolectado	

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber

Firma del Cliente

Sitio

Fecha

Firma del personal de la agencia

Sitio

Fecha

NO ESCRIBA EN EL SIGUIENTE CUADRO– SOLO PERSONAL DE ENTRADA DE DATOS (Opcional):

Date entered into HMIS: ____/____/____

Question	Answer	Initials of Staff completion	Comments
Was the hard copy intake form completely filled out correctly?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Staff Name (verifying completion of Data Entry): _____